CAPITOLATO INERENTE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

IN FAVORE DEL PERSONALE DI DIFESA SERVIZI S.P.A E RELATIVO NUCLEO FAMILIARE

CIG BD3A9DB6C4

Sommario

Definizioni dei termini utilizzati ... 3
1. Premessa ... 5
2. Finalità dell'appalto ... 5
3. Assistiti ... 5
4. Altre Assicurazioni ... 5
5.Beneficiari e Variazioni in corso d'anno ... 5
5.1 Beneficiari e Inclusioni in corso d'anno ... 5
5.2 Esclusioni ... 6
6. Oggetto del Piano di Assistenza ... 6
6.1 Area Ricovero ... 6
6.2 Indennità sostitutiva ... 8
6.3 Prestazioni di Alta diagnostica ... 8
6.4 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio ... 9
6.5 Cure oncologiche ... 10
6.6 Cure dentarie da infortunio ... 10
6.7 Lenti e occhiali ... 10
6.8 Pacchetto Maternità ... 10
6.9 Medicina preventiva ... 10
6.10 Cure e protesi dentarie ... 11
6.11 Disforia di Genere ... 11
7. Esclusioni ... 12
8. Assistenza Diretta e Indiretta ... 12
8.1 Assistenza Diretta ... 13
8.2 Assistenza Indiretta ... 13
9. Modifiche del Piano di Assistenza ... 13
10. Durata, decorrenza e revisione dei premi ... 13
10.1 Durata e decorrenza del Piano Sanitario ... 13
10.2 Revisione prezzi e adeguamento del corrispettivo ... 14
11. Premi e modalità di versamento ... 14
12. Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n°. 136/2010 ... 14
13. Obblighi della Società ... 15
14. Obbligo di reportistica ... 15
15. Penali – Emissione del documento di polizza ... 16
16. Interpretazione del contratto ... 16
17. Adempimenti in materia di "privacy" ... 16
18. Norme di rinvio ... 16
19. Clausola Broker e Gestione Sinistri ... 16
20. Sanction Clause / OFAC ... 17
21. Forma delle comunicazioni ... 17
Allegato 1 - Elenco grandi interventi chirurgici ... 18
Allegato 2 – Quadro sinottico: massimali, scoperti, franchigie e sotto limiti di risarcimento ... 26

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI

Contraente: Cassa di Assistenza Assidim

Associato: Difesa Servizi S.p.a.

Società: Compagnia di Assicurazione

Società di gestione sinistri/Provider: Marsh Risk Consulting, soggetto incaricato alla gestione dei sinistri

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una patologia da malattia o infortunio, a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistenza: copertura delle spese sanitarie oggetto del presente Capitolato.

Assistito: soggetto beneficiario nel cui interesse viene stipulata la convenzione di assistenza.

Data evento: per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigenza di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento.

Dipendente in servizio: soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato con Difesa Servizi S.p.a

Equipe operatoria/Personale medico: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assistito.

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel Capitolato.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società all'assistito, a titolo di rimborso a causa di sinistro o evento.

Indennità Sostitutiva: l'importo giornaliero erogato dalla Società che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserchirurgia.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che, per la tipologia dell'atto, non richiede la permanenza dell'assistito in regime di ricovero (diurno e/o con pernottamento) nel post-intervento.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale/Limite di assistenza: gli importi stabiliti nel presente Capitolato che rappresentano le spese massime che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'assistito e relativo nucleo per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medici: professionisti operanti sia in Strutture Sanitarie convenzionate sia in Strutture Sanitarie non convenzionate.

Nucleo Familiare: per nucleo familiare si intende quello composto dal dipendente, dal coniuge o convivente more uxorio e dai figli. Si intendono altresì ricompresi i figli non conviventi fino al 30° anno di età purché gli stessi siano fiscalmente a carico.

Polizza: il documento che prova l'assistenza.

Premio: la somma dovuta alla Società per il servizio di assistenza sanitaria.

Rete o Network: complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con il Contraente, ai quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dal presente contratto in regime di Assistenza Diretta.

Retta di degenza: importo relativo al costo del trattamento alberghiero e di assistenza medico-infermieristica forniti dalla struttura sanitaria.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento/i nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Scoperto: la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che rimane a carico dell'assistito e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assistenza.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura come sopra definito, poliambulatorio, centro specialistico e qualunque altra struttura abilitata ad erogare prestazioni diagnostiche e/o ambulatoriali e/o terapeutiche, con cui il Provider ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

1. Premessa

Il presente Capitolato disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa in favore del personale di Difesa Servizi S.p.A., che si avvarrà della Cassa di Assistenza Assidim come contraente del piano di assistenza sanitaria. La Cassa di Assistenza Assidim è iscritta all'anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31/03/2008 e del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27/10/2009, ed è idonea ad assumere la contraenza del Piano di Assistenza Sanitaria.

2. Finalità dell'appalto

Lo scopo dell'appalto è di garantire la tutela sanitaria integrativa a favore del predetto personale e del rispettivo nucleo familiare, come descritto all'art. 3 "Assistiti".

Le condizioni e le modalità che dovranno essere osservate nell'esecuzione del servizio sono descritte nel presente Capitolato.

3. Assistiti

Il Piano di Assistenza Sanitaria è prestato in favore del personale di Difesa Servizi S.p.A., che non abbia compiuto 75 anni di età alla data di decorrenza del piano sanitario, e che abbia superato positivamente il periodo di prova, nonché in favore del nucleo familiare del dipendente assistito. Per nucleo familiare si intende quello composto dal dipendente, dal coniuge o convivente more uxorio e dai figli. Si intendono altresì ricompresi i figli non conviventi fino al 30° anno di età purché gli stessi siano fiscalmente a carico.

Nel caso di genitori entrambi dipendenti di Difesa Servizi S.p.A., i figli possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

La garanzia è prestata a favore di tutti gli assistiti, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e si estende anche agli infortuni ed alle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura.

4. Altre Assicurazioni

Gli assistiti sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze/assistenze di cui beneficiano per il medesimo rischio.

5.Beneficiari e Variazioni in corso d'anno

5.1 Beneficiari e Inclusioni in corso d'anno

Difesa Servizi S.P.A. garantisce il piano sanitario oggetto del presente capitolato in forma collettiva a favore di tutti i dipendenti, e relativi familiari, aventi diritto secondo quanto previsto all'articolo 3.

Successivamente alla decorrenza del piano, l'inserimento di nuovi beneficiari e/o l'inclusione di nuovi familiari, potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- superamento del periodo di prova;
- matrimonio/costituzione di unione civile/insorgenza di convivenza more uxorio;
- nascita/adozione/affidamento di figli.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché la comunicazione della variazione venga effettuata da Difesa Servizi S.p.A. entro 45 giorni dall'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà dal primo giorno successivo alla data della comunicazione tardiva.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno i massimali di assistenza sono riconosciuti per intero.

Relativamente alle inclusioni in assistenza in corso d'anno, il pagamento dei premi a carico del datore di lavoro avviene nei termini e con le modalità di cui al paragrafo "Premi e modalità di versamento".

5.2 Esclusioni

La revoca dalla copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'assistito o di un suo familiare;
- separazione legale/divorzio;
- venire meno dei requisiti previsti dal presente Capitolato per l'inserimento in assistenza di familiari.

L'adesione rimane in ogni caso in essere fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento e pertanto i premi restano acquisiti.

6. Oggetto del Piano di Assistenza

La Società garantisce il rimborso, o il pagamento alla struttura convenzionata, delle spese sanitarie resesi necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, di tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, puntualmente descritte di seguito.

Salvo dove diversamente specificato, tutti i massimali sono da intendersi per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

6.1 Area Ricovero

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, tutte le spese elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza di **€ 250.000,00 anno/nucleo**, elevato a **€500.000,00** in caso di grande intervento chirurgico fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'Assistito uno scoperto del 10%* con il minimo non indennizzabile di € 500,00* per sinistro.

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del 20%*, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00* per sinistro.

In caso di intervento ambulatoriale, scoperto 10% con il minimo di €100,00 per sinistro.

Per le spese pre e post ricovero scoperto 10% per sinistro.

Lo scoperto e la franchigia non vengono applicati, inoltre, nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket SSN sostenuto.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni di cui agli articoli a), b), c), d) sono prestati fino a concorrenza del massimale previsto per l'area ricovero e nei limiti indicati per ciascuna voce.

Valore soggetto a miglioria tecnica

a) Intervento chirurgico, Parto Cesareo, Aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di Cura, day Hospital o Ambulatorio

Comprende:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami, e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- Vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito con il limite giornaliero di €60,00 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.
- Trasporto dell'assistito in Italia, in autombulanza, all'istituto di cura e viceversa con il massimo di €1.100,00 per intervento o ricovero.
- Trasporto dell'assistito e di un eventuale accompagnatore, all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata) con il massimo di €2.000,00 per intervento o ricovero (non previsto in caso di parto cesareo)
- Per il parto cesareo la Società prevede le seguenti spese, comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di €10.000,00 per annualità assicurativa:
  - Onorari dell'equipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
  - L'assistenza medica, ostetrica, ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.
  - Le rette di degenza fino al limite giornaliero di €250,00
  - Trasporto dell'assistito in Italia, in autombulanza, all'istituto di cura e viceversa con il massimo di €1.100,00 per intervento o ricovero
- Per il riallineamento del seno sano a seguito di mastectomia la Società rimborserà le spese fino a concorrenza del limite di €2.000,00 per annualità assicurativa
- In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino a un massimo di €1.600,00

b) Ricovero in Istituto di cura o regime in caso di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale, che non comporti intervento chirurgico.

- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital.
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami, e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- Trasporto dell'assistito in Italia, in autombulanza, all'istituto di cura e viceversa con il massimo di €1.100,00 per ricovero.

c) Ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di €3.000,00 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato)

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- L'assistenza medica, ostetrica, ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero.
- Le rette di degenza fino al limite giornaliero di €150,00
- Trasporto dell'assistito in Italia, in autombulanza, all'istituto di cura e viceversa con il massimo di €1.100,00 per intervento o ricovero.

d) Interventi per la correzione del vizio di refrazione, fino a concorrenza del limite di € 2.400,00 per annualità assicurativa con il sotto limite di €1.200,00 per occhio.

- La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/miopia, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.

Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese di ricovero:

- Per le spese cui ai punti a), b) e c) il rimborso, o pagamento alla struttura convenzionata, avverrà previa applicazione di scoperti e franchigie per sinistro in base a quanto indicato all'Art 6.1, ad eccezione delle spese relative a vitto, pernottamento e trasporto che saranno riconosciute entro i limiti previsti dal capitolato e senza applicazione di scoperti e/o franchigie, nonché nel caso in cui per l'effettuazione dell'intervento, l'assistito abbia pagato soltanto il ticket SSN.

Precisazioni relative agli scoperti e franchigie per le spese pre e post ricovero:

- Per eventuali spese precedenti e successive al ricovero o all'intervento, elencate nel presente articolo ai punti a) e b) saranno oggetto di rimborso da parte della società previa applicazione di uno scoperto del 10%, esclusi eventuali ticket.

6.2 Indennità sostitutiva

- Qualora iI ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitaria Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - Ia Società corrisponderà una indennità sostitutiva:
  - integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
  - al 50 % nel caso di Day Hospital.
  - Le eventuali spese collegate all'intervento elencate all'art. 6.1 saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto.
- L'importo giornaliero previsto per tale prestazione è pari a €100,00 per massimo 150 giorni in caso di pernottamento in istituto di cura
- L'importo giornaliero previsto per tale prestazione è pari a €50,00 per massimo 150 giorni in caso di Day Hospital

6.3 Prestazioni di Alta diagnostica

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, previa presentazione della prescrizione medica riportante il quesito diagnostico, fino alla concorrenza di € 7.000 per anno/nucleo, le seguenti prestazioni:

- Alternativamente, Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test), rimborsabile nei seguenti casi:
  - età dell'assicurata oltre i 35 anni

- familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche
- anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen)

- Angiografia
- Arteriografia
- Cistografia
- Coronarografia
- Doppler
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Endoscopia
- Esame urodinamico completo
- Holter
- Isterosalpingografia
- Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Urografia

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'assistito uno scoperto del 10% per prestazione o ciclo di cura/terapia.

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del 25% per prestazione o ciclo di cura/terapia.

I ticket SSN vengono rimborsati al 100%.

Si intendono altresì comprese le spese sostenute per l'acquisto o riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici fino a concorrenza di €1.500,00 per annualità assicurativa, senza applicazione di franchigie e/o scoperti

6.4 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata (fatta eccezione per gli esami di laboratorio), le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio, fino alla concorrenza della somma di € 2.000,00 per annualità assicurativa, per:

- onorari dei medici per visite specialistiche, (escluse comunque le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche e ortodontiche) intendendosi per tali quelle fornite dal medico di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia.
- Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati;
- I trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia). Si precisa che i trattamenti devono essere prescritti da medico specialista e possono essere svolti o all'interno di un centro specializzato o eseguiti da persone iscritte al relativo Albo delle figure professionali riconosciute dagli elenchi delle Arti e Professioni sanitarie.

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'Assistito uno scoperto del 10%. Per i trattamenti fisioterapici non è previsto alcuno scoperto.

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del 25%. Per i trattamenti fisioterapici il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto pari al 15% per prestazione.

I ticket SSN vengono rimborsati al 100%.

Si intendono altresì compresi le spese sostenute per l'acquisto di medicinali presenti nel prontuario farmacologico e prodotto omeopatici, prescritti a seguito di malattia e/o infortunio fino a concorrenza dell'importo di €100,00 per annualità assicurativa. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico curante ferma restando l'esclusione per quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. L'assistito dovrà presentare la ricetta medica originale o in copia riportante il nominativo dell'assistito e la diagnosi, unitamente a regolare fattura a lui intestata con la

specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini del rimborso I'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con iI timbro della farmacia, unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

6.5 Cure oncologiche

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, le spese sostenute in regime ambulatoriale o day hospital per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino a concorrenza del massimale di € 10.000,00 per annualità assicurativa. Esaurito il massimale di cui al presente articolo, l'assistito potrà chiedere il rimborso delle suddette prestazioni entro i limiti ed alle condizioni tutte di cui alla sezione 6 "Oggetto del Piano di Assistenza".

6.6 Cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa a parziale deroga dell'art. 7 "Esclusioni", le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso, fino a concorrenza del massimale di € 1.500,00 per annualità assicurativa.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto sulle spese effettivamente sostenute e documentate pari al 30%.

I ticket vengono rimborsati al 100%

6.7 Lenti e occhiali

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali (escluso il costo delle montature) esclusivamente a seguito di certificazione medica, rilasciata da medico specialista o ottico optometrista regolarmente abilitato, per modifica visus o per prima prescrizione fino alla concorrenza della somma di €150,00 per annualità assicurativa e per persona. Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 30% sull'importo della fattura.

6.8 Pacchetto Maternità

La Società rimborsa le seguenti prestazioni in caso di stato di gravidanza debitamente certificato, fino a concorrenza del massimale di €1.200,00 per evento:

- n. 4 ecografie (compresa la morfologica)
- Analisi clinico chimiche da protocollo
- Alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test)
- n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche
- n. 1 ecocardiografia fetale
- n. 1 visita di controllo ginecologico post-parto
- n. 2 visite urologiche
- Un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post-parto
- n. 3 colloqui psicologici post-parto

6.9 Medicina preventiva

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, le spese che ciascun assistito sostiene per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici, fino a concorrenza di un massimale di € 300,00 per annualità assicurativa:

- per gli assistiti di sesso maschile: visita cardiologica con ECG, RX torace, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia vie urinarie.
- per gli assistiti di sesso femminile: visita cardiologica con ECG, RX torace, visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).
- per gli assistiti di sesso maschile e femminile: un esame del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, Gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, un esame delle vie urinarie.

Il rimborso delle spese avverrà senza applicazione di scoperti o franchigie.

Si precisa che:

- le prestazioni possono essere effettuate anche singolarmente e non in unica soluzione;
- ciascun esame non può esser effettuato da ciascun assistito più di una volta per ogni anno assicurativo;
- esclusivamente per tale garanzia non è richiesto il sospetto patologico.

6.10 Cure e protesi dentarie

La Società rimborsa, o paga alla struttura convenzionata, in deroga all'art. 7 "Esclusioni", le spese sostenute per cure dentarie fino a concorrenza del massimale di € 3.000,00* per annualità assicurativa.

Il rimborso viene effettuato con applicazione delle percentuali di indennizzabilità indicate nella TAB.1. Nel caso in cui l'assistito abbia fatto ricorso al SSN il ticket viene rimborsato al 100%.

TAB.1

CURE DENTARIE (le percentuali indicano l'indennizzabilità)		
Prestazione	**IN RETE**	**FUORI RETE**
Visita generica	100%	Non prevista
Igiene orale	100%	Non prevista
Visita di emergenza	80%*	70%*
Conservativa	80%*	70%*
Radiologia odontoiatrica	80%*	70%*
Chirurgia	80%*	70%*
Endodenzia	80%*	70%*
Paradontologia	80%*	70%*
Protesi	70%*	50%*
Ortognatodonzia	70%*	50%*
Implantologia	70%*	50%*
Massimale anno nucleo	**€ 3.000,00***	

Valore soggetto a miglioria tecnica

6.11 Disforia di Genere

La Società rimborsa le spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura, nel limite di € 15.000,00 per annualità assicurativa e nucleo, elevato a € 30.000,00 in caso di intervento chirurgico.

Sono comprese:

- le sedute di psicoterapia/psichiatria;
- le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale;
- il rimborso dei farmaci prescritti.
- In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso, sono compresi:
  - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
  - diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero;
  - assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero;

- rette di degenza;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. successivi al ricovero.

La retroattività delle spese coperte è pari ad anni due dalla data della sentenza.

La Società garantisce l'allineamento delle condizioni di polizza alle evoluzioni normative e, ove incidenti sull'operatività della garanzia, alle pronunce della Corte di Cassazione e/o della Corte Costituzionale (ovvero ad orientamenti giurisprudenziali consolidati) che determinino l'inapplicabilità, la modifica o la necessità di diversa interpretazione di requisiti/procedure previsti in polizza. L'adeguamento avverrà tramite appendice entro un termine congruo e senza interruzione della copertura.

7. Esclusioni

La copertura non comprende:

a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
d) Ie cure e gli interventi per I'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; o Ie cure e Ie visite specialistiche relative a malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici (è sempre compresa la prima visita);
e) Ie intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
f) Ie cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiaIe;
g) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quelli a scopo ricostruttivo sia da infortunio che a seguito di intervento chirurgico oncologico. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie per ricostruzione a seguito di neoplasia maligna sono comprese solo quelle relative alia sede anatomica della lesione e sono esclusi gli interventi successivi alia prima applicazione, fatto salvo quanto previsto per "Riallineamento seno sano";
h) Ie protesi dentarie ed ortodontiche, Ie cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia;
i) Ie conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
j) Ie conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
k) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
l) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali queli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alia permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
m) cure non rientranti nei protocolIi riconosciuti daII'OMS;
n) i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio; Ie cure, gli accertamenti clinico-strumentali e Ie visite specialistiche correlate alia condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.

8. Assistenza Diretta e Indiretta

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta, ovvero dell'Assistenza Indiretta.

8.1 Assistenza Diretta

L'Assistenza Diretta avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate con il network MyRete (www.myrete.it). L'utilizzo della Rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate alla Struttura sanitaria direttamente da parte del Contraente.

Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web messo a disposizione dal Contraente.

L'attivazione del servizio deve avvenire almeno 3 giorni lavorativi prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti.

La scelta del Centro Convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione dell'Assistenza Diretta prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

L'assistito potrà visionare lo stato di avanzamento e l'esito della richiesta direttamente sul portale messo a disposizione dalla Contraente, nonché le eventuali motivazioni di sospensione o rigetto della pratica.

In caso di esito positivo, l'assistito potrà rivolgersi direttamente alla Struttura per effettuare la prestazione, sostenendo eventuali franchigie/scoperti rimasti a proprio carico o eccedenze dei massimali.

Non è prevista la forma mista, bensì per accedere al convenzionamento diretto, sia la struttura che tutto il personale medico devono essere convenzionati con MyRete.

8.2 Assistenza Indiretta

L'assistito che per scelta decida di non avvalersi dell'Assistenza Diretta può anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (Assistenza Indiretta).

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché da copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. In caso di ricovero/day hospital sia medico che chirurgico, deve essere presentata copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale. In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale. Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, copia della cartella clinica conforme all'originale.

La Società procede al rimborso di quanto spettante all'assistito entro 30 giorni solari dalla ricezione dei flussi da parte della Società di Gestione Sinistri.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il diritto dell'assistito al rimborso si prescrive in 2 anni dalla data del sinistro. Il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l'indennizzo previsto a termini di Piano Sanitario.

9. Modifiche del Piano di Assistenza

Al Piano di Assistenza Sanitaria assistito dal Contraente non possono essere apportate, a pena di esclusione, modifiche e/o integrazioni, né sollevate eccezioni di alcun tipo, fatta salva l'offerta migliorativa presentata in sede di gara.

Eventuali modifiche successive devono essere provate per iscritto.

10. Durata, decorrenza e revisione dei premi

10.1 Durata e decorrenza del Piano Sanitario

Il piano ha una durata di 24 (ventiquattro) mesi, a decorrere dal giorno di stipula ovvero da data di inizio delle prestazioni contrattuali comunicata formalmente dalla Stazione Appaltante.

La Società si impegna, tuttavia, a concedere una proroga tecnica, alle stesse condizioni previste per il biennio di validità del contratto, per il tempo strettamente necessario alla conclusione della successiva procedura di gara e comunque per un massimo di 6 mesi.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà una quota premio che non potrà essere superiore a 6/12mi del premio annuale, fermi i massimali interi. Per il pagamento del relativo premio vale il termine contrattualmente previsto per il pagamento delle rate di premio ordinarie.

10.2 Revisione prezzi e adeguamento del corrispettivo

Ai sensi dell'articolo 60, co. 1 del Codice dei Contratti, per le prestazioni di cui al presente Capitolato, si applica quanto di seguito stabilito.

Ai sensi dell'articolo 60, co. 2 lett. b) qualora in corso d'esecuzione si verifichino particolari condizioni di natura oggettiva che comportano una variazione del costo delle prestazioni in aumento o in diminuzione, superiore al 5% (cinque per cento) dell'importo complessivo, i premi saranno aggiornati nella misura dell'80% (ottanta per cento) del valore eccedente la variazione del 5% (cinque per cento) applicata alle prestazioni da eseguire, con le modalità di cui all'articolo 60 e all'Allegato II.2-bis, del Codice dei Contratti. Non trova applicazione l'articolo 1664, co. 1, del Codice Civile.

11. Premi e modalità di versamento

Per le prestazioni oggetto del presente Capitolato, Difesa Servizi S.p.A.si impegna a versare al Contraente i premi annui lordi pro-capite per dipendenti "single" e "nucleo", come segue:

Premio annuo lordo pro capite	
Pacchetto single	2.000,00 €*
Pacchetto nucleo	3.000,00 €*

Valore soggetto a miglioria economica

L'indicazione dello status di "single" o "nucleo" deve essere effettuata da Difesa Servizi S.p.a. all'inizio dell'avvio del servizio di Assistenza Sanitaria, entro 30 giorni solari dalla decorrenza, e deve essere corredata di tutti i dati anagrafici necessari per il censimento degli assistiti. Non sono ammesse variazioni in corso d'anno dell'opzione prescelta, fatte salve le ipotesi di variazioni previste al paragrafo 5.1/5.2.

Il premio complessivo annuo da versare al Contraente, in forma anticipata all'inizio di ciascun anno, sarà determinato sulla base del numero effettivo dipendenti "single" e "nucleo" condiviso con la Contraente.

Difesa Servizi S.p.a. è tenuta al pagamento al Contraente della prima e delle successive rate di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento/atto contabile ritenuto formalmente corretto; in caso di mancato pagamento entro il suddetto termine, l'effetto del Piano di assistenza decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del contributo.

Per le variazioni avvenute nel primo semestre dell'anno di assistenza è dovuto al Contraente il 100% del premio annuo, mentre per variazioni avvenute nel secondo semestre dell'anno di assistenza è dovuto al Contraente il 60% del premio annuo.

In tali ipotesi di variazioni in corso di anno, il pagamento del premio avviene a conguaglio nell'annualità successiva, con specifica richiesta.

Il pagamento dei premi, nei termini indicati, verrà effettuato a mezzo di bonifico bancario sul numero di conto corrente dedicato indicato dalla Contraente entro e non oltre 60 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dalla Contraente in modalità elettronica.

Il premio che Difesa Servizi S.p.a. corrisponde al Contraente non costituisce reddito per il dipendente e quindi non viene assoggettato a trattenute previdenziali e fiscali.

12. Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante. L'Amministrazione può verificare, in occasione di

ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010. Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

13. Obblighi della Società

La Società ha l'obbligo di effettuare il servizio con la massima diligenza, conformemente a quanto previsto nel presente Capitolato e nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Inoltre, la Società si obbligherà altresì:

- ad adempiere a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti, in base alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro e di assicurazioni sociali, nonché in materia di sicurezza, previdenza e disciplina infortunistica, assumendo a proprio carico tutti gli oneri relativi;
- ad osservare la massima riservatezza su notizie o informazioni di qualsiasi natura in ogni modo acquisite nello svolgimento del servizio oggetto dell'appalto;
- a comunicare a Difesa Servizi ogni informazione ritenuta idonea a dare conoscenza del corretto svolgimento del servizio.

14. Obbligo di reportistica

La Società, per il tramite del Provider:

1. entro 60 giorni solari dal termine di ciascuna annualità,
2. entro 180 giorni solari antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di cessazione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire a Difesa Servizi S.p.a. per il tramite del Broker, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato e con i seguenti dati minimi:

a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, per ciascun Assistito;
b) numero di sinistro;
c) data accadimento dell'evento;
d) data denuncia del sinistro;
e) tipo assistito (titolare, familiare);
f) stato del sinistro (aperto, chiuso, chiuso senza seguito);
g) importo richiesto;
h) importo liquidato;
i) importo riservato.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono a Difesa Servizi S.p.a., per il tramite del Broker, di chiedere un aggiornamento in date diverse da quelle indicate, in tal caso il Contraente si impegna a fornire riscontro entro 30 giorni solari dalla richiesta.

15. Penali – Emissione del documento di polizza

La Società si impegna ad emettere il documento di polizza entro e non oltre 15 giorni lavorativi successivi all'aggiudicazione dell'appalto.

In caso di inadempienza da parte della Società, l'Associato provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura dell'1 permille del valore dell'appalto a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dall'Associato e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

16. Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dall'Associata sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Associato.

17. Adempimenti in materia di "privacy"

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) e ss.mm.ii., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.
Si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

18. Norme di rinvio

Per quanto non previsto e in ogni caso non specificato nel contratto, nel disciplinare, nel presente Capitolato ed in ogni altro documento di gara, l'affidamento del servizio è in tutto disciplinato dal D.Lgs. 36/2023, nonché dalle norme vigenti in materia e dal Codice civile.

19. Clausola Broker e Gestione Sinistri

Per la gestione del presente contratto, l'Associata dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Roma - Viale di Villa Grazioli n. 23, pec: *roma.ep@cert.marsh.it*.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Associata e dell'Assicurato dal Broker medesimo.

Qualora la Società intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura dell'8**%** del premio imponibile. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il contraente.

L'Associata ha aderito alla Cassa di Assistenza Assidim, che rivestirà la qualifica di Contraente del Piano Sanitario. La Contraente si avvale di Marsh Risk Consulting quale soggetto incaricato della gestione dei sinistri (di seguito "Società di gestione sinistri" o "Provider"), secondo le modalità operative che saranno disciplinate nei rapporti contrattuali dedicati.

Con la presentazione dell'offerta, ciascuna Impresa concorrente accetta incondizionatamente che la gestione dei sinistri relativi al Piano avvenga per il tramite del Provider individuato (Marsh Risk Consulting) e mediante gli strumenti e i processi messi a disposizione dalla Contraente/Provider, senza che ciò possa costituire motivo di riserva, eccezione o richiesta di modifica delle condizioni di gara.

La remunerazione della Società di gestione sinistri è posta a carico delle Imprese di Assicurazione aggiudicatarie ed è pari al 6% (sei per cento) del premio imponibile annuo offerto dalle Imprese aggiudicatarie, oltre IVA.

In ragione dell'assetto sopra descritto, sono resi disponibili, nell'ambito del servizio di gestione sinistri, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- piattaforma web dedicata agli assistiti;
- servizio di call center;
- team di liquidazione sinistri;
- gestione operativa dei sinistri tramite piattaforma Assidim;
- invio e gestione dei flussi informatici necessari all'aggiornamento del database sinistri e della reportistica.

Successivamente all'aggiudicazione, le Imprese di Assicurazione aggiudicatarie regoleranno i rapporti con la Società di gestione sinistri mediante la stipula di un apposito contratto di servizio, che disciplinerà le modalità operative della gestione, le deleghe/authority gestionali in ambito liquidativo, nonché tutti gli aspetti economici e organizzativi inerenti il servizio.

20. Sanction Clause / OFAC

** Clausola che potrà essere modificata previo consenso dell'Associata in sede di aggiudicazione*

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società non sarà pertanto tenuto a prestare copertura né sarà tenuto al pagamento di alcun indennizzo né a riconoscere alcun beneficio in virtù del presente contratto, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio lo esponga a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

21. Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, posta elettronica e posta elettronica certificata.

Allegato 1 - Elenco grandi interventi chirurgici

Per facilitare la consultazione dell'elenco sono stati effettuati dei raggruppamenti secondo sistema, organo o apparato, ed all'interno di ciascuno, per tipologia di intervento.

Il sistema di codici utilizzato nella classificazione ICD9-CM è articolato in quattro caratteri numerici, con i primi due che identificano generalmente un organo/apparato/sistema, mentre il terzo ed il quarto specificano sede e tipo di intervento. In alcuni casi i codici sono limitati al terzo carattere per identificare interventi che non richiedono ulteriori specificazioni ovvero che raggruppano per analogia quelli che differiscono esclusivamente per il quarto carattere.

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)
2. Interventi sul sistema endocrino (06-07)
3. Interventi sull'occhio (08-16)
4. Interventi sull'orecchio (18-20) associati a Interventi su naso, bocca e faringe (21-29)
5. Interventi sul sistema respiratorio (30-34)
6. Interventi sul sistema cardio vascolare (35-39)
7. Interventi sul sistema ematico e linfatico (40-41)
8. Interventi sull'apparato digerente (42-54)
9. Interventi sull'apparato urinario (55-59) e Interventi sugli organi genitali maschili (60-64)
10. Interventi sugli organi genitali femminili (65-71)
11. Interventi sull'apparato muscolo scheletrico (76-84)
12. Interventi sui tegumenti (85-86)

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Craniotomia e craniectomia (decompressiva o esplorativa per ascesso epidurale, ematoma extradurale, corpo estraneo, aneurisma intracranico) e interventi su talamo e globo pallido	01.2	Craniotomia e craniectomia
	01.21	Incisione e drenaggio dei seni cranici
	01.23	Riapertura di pregressa craniotomia
	01.24	Altra craniotomia
Interventi sul talamo e sul globo pallido	01.25	Altra craniectomia
	01.52	Emisferectomia
	01.4	Interventi sul talamo e sul globo pallido
	01.41	Interventi sul talamo
	01.42	Interventi sul globo pallido
Lobectomia cerebrale	01.53	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)
Lobotomia e trattotomia	01.32	Lobotomia e trattotomia

1. Interventi sul sistema nervoso (01-05)		
Asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale profondi o rimozione di tessuto di granulazione. Incisione cerebrale e delle meningi cerebrali (per igroma intracranico, ascesso cerebrale, empiema sottodurale, ematoma intracerebrale, lesione organica, cisti cerebrale, aderenze corticali, lesione delle meningi cerebrali)	01.51	Asportazione di lesione o di tessuto delle meningi cerebrali
Asportazione di lesione midollare e interventi di plastica sul midollo (meningocele e mielomeningocele spinali, spina bifida, difetti vertebrali, fratture vertebrali, aderenze)	03.4	Asportazione o demolizione di lesione del midollo o delle meningi spinali
	03.5	Interventi di plastica sulle strutture del midollo
	03.51	Riparazione di meningocele spinale
	03.52	Riparazione di mielomeningocele spinale
	03.53	Riparazione di fratture vertebrali
	03.59	Altri interventi di riparazione e di plastica sul midollo spinale
	03.6	Separazione di aderenze del midollo spinale e delle radici dei nervi

2. Interventi sul sistema Endocrino (06–07)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Tiroidectomia completa	06.4	Tiroidectomia completa
Tiroidectomia retrosternale completa	06.52	Tiroidectomia retrosternale completa
Surrenectomia parziale	07.2	Surrenectomia parziale
Surrenectomia monolaterale	07.22	Surrenectomia monolaterale
Asportazione della ghiandola pineale	07.54	Asportazione della ghiandola pineale
Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata	07.69	Asportazione totale dell'ipofisi per via non specificata

3. Interventi sull'Occhio (08–16)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Eviscerazione del bulbo oculare	16.3	Eviscerazione del bulbo oculare
Enucleazione del bulbo oculare	16.4	Enucleazione del bulbo oculare

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Caldwell-Luc	22.61	Asportazione di lesione del seno mascellare secondo Cald-well-Luc
Emilaringectomia	30.1	Emilaringectomia

4. Interventi sull'Orecchio (18 – 20) associati a Interventi su Naso Bocca e Faringe (21 – 29)		
Laringectomia radicale	30.4	Laringectomia radicale

5. Interventi sul sistema Respiratorio (30–34)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	31.75	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artifi-ciale
Asportazione/demolizione di lesione tracheale	31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea
Chiusura di altra fistola della trachea	31.73	Chiusura di altra fistola della trachea
Lobectomia del polmone	32.4	Lobectomia del polmone
Toracoplastica	33.34	Toracoplastica
Trapianto di polmone	33.5	Trapianto di polmone
Trapianto del blocco cuore polmone	33.6	Trapianto combinato cuore-polmone
Toracectomia	34.51	Decorticazione del polmone
	34.73	Chiusura di altra fistola del torace
	34.82	Sutura di lacerazione del diaframma

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione	35.1	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, val-vola non specificata	35.10	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	35.11	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	35.12	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	35.13	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione
Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	35.14	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione
Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	35.21	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	35.24	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	35.25	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi
Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	35.26	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi
Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	35.27	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi
Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	35.39	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore
Riparazione di difetto settale nel cuore	35.5	Riparazione con protesi dei setti interatriale e interventrico-lare
Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con innesto tissutale (sintetico o biologico)	35.6	Riparazione dei setti interatriale e interventricolare con inne-sto tissutale (sintetico o biologico)
Correzione totale di alcune anomalie cardiache conge-nite	35.8	Correzione totale di alcune anomalie cardiache congenite
Correzione totale di tetralogia di Fallot	35.81	Correzione totale di tetralogia di Fallot
Correzione totale di completa anomalia della connes-sione venosa polmonare	35.82	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare
Correzione totale del tronco arterioso	35.83	Correzione totale del tronco arterioso
Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	35.84	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classi-ficato altrove
Altri interventi su valvole e setti del cuore	35.9	Altri interventi su valvole e setti del cuore
Trasposizione interatriale del ritorno venoso	35.91	Trasposizione interatriale del ritorno venoso
Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	35.92	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmo-nare
Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	35.93	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta
Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	35.94	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare
Bypass aortocoronarico di una o più arterie coronari-che	36.10	Bypass aortocoronarico per rivascolarizzazione cardiaca, SAI
	36.91	Riparazione di aneurisma dei vasi coronarici
Pericardiectomia ed escissione di lesione del cuore	37.32	Asportazione di aneurisma del cuore
Trapianto di cuore	37.5	Trapianto di cuore
Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi	38.33	Resezione di vasi dell'arto superiore con anastomosi

6. Interventi sul sistema Cardio-Vascolare (35 - 39)		
Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi	38.38	Resezione di arterie dell'arto inferiore con anastomosi
Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione	38.42	Resezione di altri vasi del capo e collo con sostituzione
Resezione di vasi intracranici con anastomosi	38.31	Resezione di vasi intracranici con anastomosi

Resezione di vasi intracranici con sostituzione	**38.41**	**Resezione di vasi intracranici con sostituzione**
Resezione dell'aorta con anastomosi	38.34	Resezione dell'aorta con anastomosi
Resezione di altri vasi toracici con anastomosi	38.35	Resezione di altri vasi toracici con anastomosi
Bypass vascolare extra-intracranico	39.28	Bypass vascolare extracranico-intracranico (EC-IC)
Intervento di dissezione dell'aorta	39.54	Intervento di dissezione dell'aorta
Altra riparazione di aneurismi	39.52	Altra riparazione di aneurismi
Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto	39.62	Ipotermia (sistemica) incidentale per chirurgia a cuore aperto
Interventi sul glomo carotideo e altri glomi vascolari	39.8	Interventi sul glomo carotideo e su altri glomi vascolari

7. Interventi sul sistema Ematico e Linfatico (40 - 41)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Trapianto di midollo osseo	41.00	Trapianto di midollo osseo NAS
Splenectomia totale	41.5	Splenectomia totale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Asportazione locale di diverticolo esofageo	42.31	Asportazione locale di diverticolo esofageo
Esofagectomia totale	42.42	Esofagectomia totale
Esofago-gastrostomia intratoracica	42.52	Esofago-gastrostomia intratoracica
Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove	42.84	Riparazione di fistola esofagea, non classificata altrove
Gastrectomia totale	43.9	Gastrectomia totale
Piloroplastica o dilatazione del piloro	44.2	Piloroplastica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.40	Sutura di ulcera peptica, SAI
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.41	Sutura di ulcera gastrica
Sutura ulcera peptica o by-pass gastrico	44.42	Sutura di ulcera duodenale

8. Interventi sull'apparato Digerente (42 – 54)		
Esofagogastroplastica	44.65	Esofagogastroplastica
Emicolectomia destra	45.73	Emicolectomia destra
Resezione del colon trasverso	45.74	Resezione del colon trasverso
Emicolectomia sinistra	45.75	Emicolectomia sinistra
Colectomia totale intraaddominale	45.8	Colectomia totale intraaddominale
Resezione del retto per via addominoperineale	48.5	Resezione del retto per via addominoperineale
Resezione anteriore del retto con contemporanea coIo-stomia	48.62	Resezione anteriore del retto con contemporanea coIosto-mia
Incisione o asportazione di fistola anale	49.1	Incisione o asportazione di fistola anale
Asportazione dell'ano	49.6	Asportazione dell'ano
Lobectomia del fegato	50.3	Lobectomia del fegato
Trapianto del fegato	50.5	Trapianto del fegato
Colecistotomia e colicistostomia	51.01	Aspirazione percutanea della colecisti
Colecistotomia e colicistostomia	51.02	Colecistostomia con trequarti
Colecistectomia	51.23	Colecistectomia laparoscopica
Anastomosi fra colecisti e dotti epatici	51.31	Anastomosi fra colecisti e dotti epatici
Coledocoenterostomia	51.36	Coledocoenterostomia
Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune	51.62	Asportazione dell'ampolla di Vater con reimpianto del dotto comune
Marsupializzazione di cisti pancreatica	52.3	Marsupializzazione di cisti pancreatica
Pancreatectomia parziale o totale (compresa linfoade-nectomia)	52.5	Pancreatectomia parziale
Pancreatectomia prossimale	52.51	Pancreatectomia prossimale
Pancreatectomia distale	52.52	Pancreatectomia distale
Pancreatectomia totale	52.6	Pancreatectomia totale
Trapianto di pancreas o di cellule di Langherans	52.8	Trapianto del pancreas

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Nefroureterectomia	55.51	Nefroureterectomia
Nefrectomia bilaterale	55.54	Nefrectomia bilaterale
Trapianto renale	55.6	Trapianto renale
Anastomosi uretero-intestinale	56.71	Anastomosi uretero-intestinale
Nefrocistoanastomosi SAI	56.73	Nefrocistoanastomosi SAI

9. Interventi sull'apparato Urinario 55 - 59 e Intervento sugli Organi Maschili (60 - 64)		
Cistectomia radicale	57.71	Cistectomia radicale
Chiusura di fistola vescico-intestinale	57.83	Chiusura di fistola vescico-intestinale
Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale	57.84	Chiusura di fistola vescicogenitale o perineale
Neovescica continente ed ampliamento vescicale	57.87	Neovescica continente ed ampliamento vescicale
Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria o colpo-sospensione	59.3	Colpoplastica (Kelly) per incontinenza urinaria
Prostatectomia radicale qualsiasi tecnica	60.5	Prostatectomia radicale
Prostatectomia perineale	60.62	Prostatectomia perineale

10. Interventi sugli Organi Genitali Femminili (65 - 71)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Annessiectomia monolaterale (qualsiasi metodica)	65.3	Ovariectomia monolaterale
Isterectomia addominale totale	68.4	Isterectomia addominale totale
Isterectomia totale (qualsiasi metodica)	68.5	Isterectomia vaginale

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Riduzione cruenta di lussazione dell'anca	79.85	Riduzione cruenta di lussazione dell'anca
Asportazione di disco intervertebrale comprensivo di artrodesi	80.50	Asportazione o demolizione di disco intervertebrale, non specificata se con artrodesi intersomatica per via anteriore
Asportazione di disco intervertebrale anche cervicale (discectomia, compresa eventuale laminectomia e de-compressione)	80.51	Asportazione di disco intervertebrale
	80.81	Altra asportazione o demolizione locale di lesione dell'artico-lazione della spalla
Artrodesi vertebrale (qualsiasi sede e metodica) ec-cetto cervicale	81.00	Artrodesi vertebrale, SAI
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore	81.04	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio anteriore
Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore	81.05	Artrodesi dorsale e dorsolombare, approccio posteriore
Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, ap-proccio anteriore	81.06	Artrodesi delle vertebre lombari e lombosacrali, approccio anteriore

11. Interventi sull'apparato Muscoloscheletrico (76 - 84)		
Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai pro-cessi laterali trasversi	81.07	Artrodesi lombare e lombosacrale, approccio ai processi la-terali trasversi
Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio po-steriore	81.08	Artrodesi lombare e lombosacrale, con approccio posteriore
Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qual-siasi approccio	81.09	Rifusione della colonna a qualsiasi livello e con qualsiasi ap-proccio
Artrodesi vertebrale cervicale (qualsiasi metodica)	81.01	Artrodesi atlanto-epistrofea
Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore	81.02	Altra artrodesi cervicale, con approccio anteriore
Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore	81.03	Altra artrodesi cervicale, con approccio posteriore
Sostituzione totale del gomito	81.84	Sostituzione totale del gomito
Sostituzione totale dell'anca	81.51	Sostituzione totale dell'anca
Revisione di sostituzione dell'anca	81.53	Revisione di sostituzione dell'anca
Sostituzione totale di ginocchio	81.54	Sostituzione totale del ginocchio
Sostituzione della spalla (artroprotesi)	81.80	Sostituzione totale della spalla (con protesi sintetica)
Sostituzione parziale della spalla (artroprotesi)	81.81	Sostituzione parziale della spalla (con protesi sintetica)
Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni	82.61	Intervento di ricostruzione del pollice completo di nervi e vasi sanguigni
Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice	82.81	Trasferimento di dita, ad eccezione del pollice
Amputazione a livello dell'omero	84.07	Amputazione a livello dell'omero
Amputazione addomino-pelvica	84.19	Amputazione addomino-pelvica

12. Interventi sui tegumenti (85 - 86)		
Tipo intervento	**ICD9**	**descrizione ICD9**
Mastectomia radicale monolaterale	85.45	Mastectomia radicale monolaterale

Allegato 2 – Quadro sinottico: massimali, scoperti, franchigie e sotto limiti di risarcimento

	PRESTAZIONI SANITARIE	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
AREA RICOVERO	**Ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio, con/senza intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico,** Onorari dell'equipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali d'intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento. Assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico. Rette di degenza. Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti la malattia o l'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Per il parto cesareo sono compresi assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato.	**€ 250.000** elevati a **€ 500.000** in caso di grande intervento chirurgico **Sottolimite parto cesareo** **€ 10.000** **Sottolimite: riallineamento del seno a seguito di mastectomia € 2.000** **Sottolimite rette di degenza: € 250** **In rete convenzionata** • Scoperto **10%** min **€ 500** per sinistro* • Per le spese pre e post ricovero Scoperto 10% per sinistro **Fuori rete convenzionata** • Scoperto **20%** min € **1.000** per sinistro* • Per le spese pre e post ricovero Scoperto 10% per sinistro **Per intervento ambulatoriale** • scoperto 10% con il minimo di € 100 per sinistro **Ticket:** • Rimborso 100%
	Trasporto dell'assistito in caso di intervento chirurgico In Italia: in autoambulanza. All'estero: esteso all'accompagnatore, in treno o aereo di linea **Trasporto dell'assistito in caso di ricovero senza intervento chirurgico e di parto cesareo o naturale** In autoambulanza	**Sottolimite spese trasporto in caso di ricovero con intervento chirurgico** **€ 1.100** per intervento o ricovero in Italia **€ 2.000** per intervento o ricovero all'estero **Sottolimite spese trasporto in caso di ricovero senza intervento chirurgico** **€ 1.100** per ricovero in Italia
	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore In caso di ricovero per intervento chirurgico in istituto di cura.	**Sottolimite spese accompagnatore** **€ 60** al giorno con un massimo di 30 giorni
	Parto naturale Sono compresi assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato	**Sottolimite parto naturale** **€ 3.000** **Sottolimite retta di degenza** **€ 150** al giorno
	Correzione del vizio di rifrazione Interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione/ miopia, motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie.	**Sottolimite correzione vizio di refrazione € 2.400** con il limite di **€ 1.200** per occhio
	Rimpatrio della salma In caso di decesso conseguente a intervento chirurgico all'estero	**Sottolimite rimpatrio salma** **€ 1.600**

	PRESTAZIONI SANITARIE	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
	Indennità sostitutiva Per ricoveri a totale carico del SSN	**€ 100** al giorno per massimo 150 giorni (in caso di pernottamento in istituto di cura) **€ 50** al giorno per massimo 150 giorni (in caso di day hospital)
AREA PATRIMONIALE	**Spese di alta diagnostica** Alternativamente, Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test), rimborsabile nei seguenti casi: - età dell'assicurata oltre i 35 anni; - familiarità dell'assicurata con malformazioni genetiche; - anomalie cromosomiche rilevate con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen). Angiografia – Arteriografia – Cistografia – Coronarografia – Doppler - Ecocardiografia – Elettromiografia – Endoscopia - Esame urodinamico completo – Holter – Isterosalpingografia - Mineralogia Ossea Computerizzata (MOC) - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) - scintigrafia - Tomografia ad emissione di positroni (PET) – Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) – Urografia di cui Protesi ortopediche e apparecchi acustici	**€ 7.000** **In rete convenzionata** • Scoperto 10% per prestazione o ciclo di terapia **Fuori rete convenzionata** • Scoperto 25% per prestazione o ciclo di terapia **Ticket** • Rimborso 100% **Sottolimite Protesi ortopediche e apparecchi acustici** **€ 1.500**
	Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e riabilitativi Onorari dei medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche non richieste dal medico di base del bambino, odontoiatriche ed ortodontiche). Analisi ed esami diagnostici e di laboratorio. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi (compresa la logopedia) Di cui Medicinali	**€ 2.000** **In rete convenzionata** • Scoperto 10% per prestazione • Per Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: nessuno scoperto **Fuori rete convenzionata** • Scoperto 25% per prestazione • Per Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: scoperto 15% per prestazione **Ticket** • Rimborso 100% **Sottolimite medicinali** **€ 100**
	Cure oncologiche Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie.	**€ 10.000**
	Cure dentarie da infortunio Cure e protesi dentarie dovute ad infortunio	**€ 1.500** • Scoperto 30% sulle spese sostenute e documentate • Ticket Rimborso 100%
	Lenti e occhiali Acquisto di Lenti e occhiali da vista (escluso montature)	**€ 150 per persona** • Scoperto 30% per fattura

	PRESTAZIONI SANITARIE	MASSIMALI ANNO/NUCLEO
	Pacchetto maternità n. 4 ecografie (compresa la morfologica) - analisi clinico chimiche da protocollo - alternativamente: Amniocentesi, Villocentesi o test equivalente (Harmony test) - n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologiche - n. 1 ecocardiografia fetale - n. 1 visita di controllo ginecologico post parto - n. 2 visite urologiche - un ciclo di prestazioni fisioterapiche riabilitative del pavimento pelvico post parto - n. 3 colloqui psicologici post parto	**€ 1.200 per evento**
	Disforia di genere **Massimale € 15.000 elevato a € 30.000 in caso d'intervento chirurgico annuo - nucleo** Le spese sanitarie sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura. Sono comprese le sedute di psicoterapia/psichiatria; le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale; il rimborso dei farmaci prescritti. In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso, sono compresi: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria, materiale d'intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero; assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero; rette di degenza; esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati 120 gg. prima e relativi al ricovero nonché esami, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 gg. successivi al ricovero; La retroattività delle spese coperte è pari ad anni due dalla data della sentenza	

CURE DENTARIE (le percentuali indicano l'indennizzabilità)		
Prestazione	**IN RETE**	**FUORI RETE**
Visita generica	100%	0%
Igiene orale	100%	0%
Visita di emergenza	80%*	70%*
Conservativa	80%*	70%*
Radiologia odontoiatrica	80%*	70%*
Chirurgia	80%*	70%*
Endodenzia	80%*	70%*
Paradontologia	80%*	70%*
Protesi	70%*	50%*
Ortognatodonzia	70%*	50%*
Implantologia	70%*	50%*
Massimale anno nucleo	**€ 3.000,00***	

MEDICINA PREVENTIVA	
Uomo: una visita cardiologica con ECG, RX Torace, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia delle vie urinarie.	**€ 300** anno/nucleo Si precisa che ciascun esame non può essere effettuato da ciascun assistito più di una volta per ogni anno di copertura.
Donna: una visita cardiologica con ECG, RX torace, una visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale).	
Uomo/Donna: un esame del sangue con i seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, un esame delle urine.	

Condizioni soggette a miglioria tecnica